

Wykaz osób ubezpieczonych wyrażających zgodę na zmianę umowy grupowego ubezpieczenia na życie z dniem* DD-MM-RRRR

Nr POLISY/WNIOSKU _____

Nr Agencji/RDS _____

Nr wykazu _____-RRRR

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO (wypełnia zakład pracy)

Nazwa firmy _____ REGON _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

1. Wyrażam zgodę na zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz na zmianę warunków umowy ubezpieczenia, zgodnie z wnioskiem o zmianę umowy grupowego

ubezpieczenia na życie od dnia DD-MM-RRRR

2. Oświadczam, że miałam/-em możliwość zapoznania się z wprowadzanymi w dacie wskazanej w pkt 1 zmianami (w tym z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie i ogólnymi warunkami dodatkowych ubezpieczeń grupowych) przed dniem podpisania niniejszego oświadczenia, a także z informacją dotyczącą wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

3. Będąc Osobą ubezpieczoną wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą mi udzielać świadczeń zdrowotnych o informację o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci, w tym do przekazania do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group kopii dokumentacji medycznej, w celu weryfikacji podanych przeze mnie w jakichkolwiek dokumentach ubezpieczeniowych wykorzystywanych w związku z zawieraniem i wykonywaniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie, danych o stanie zdrowia i nalogach, ustalania prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem informacji stanowiących wyniki badań genetycznych. Podstawa prawna: art. 22 ust. 3 w związku z ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2013, poz. 950) i art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012 poz. 159).

4. Oświadczam, że nie dokonuję zmian wskazań Uposażonych na wypadek mojej śmierci, aktualnych w chwili składania przeze mnie podpisu na niniejszym wykazie.

Lp.	Nazwisko i imię Osoby ubezpieczonej, składającej powyższe oświadczenia	PESEL / Data urodzenia**	Podpis
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____
11.	_____	_____	_____
12.	_____	_____	_____
13.	_____	_____	_____
14.	_____	_____	_____

* Proponowana data zmiany umowy ubezpieczenia.

** W celu zapewnienia ochrony danych osobowych Reprezentant Ubezpieczającego uzupełnia rubrykę PESEL po zebraniu podpisów osób składających oświadczenia.

 data, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

Lp.	Nazwisko i imię Osoby ubezpieczonej, składającej powyższe oświadczenia	PESEL / Data urodzenia**	Podpis
15.	_____	_____	_____
16.	_____	_____	_____
17.	_____	_____	_____
18.	_____	_____	_____
19.	_____	_____	_____
20.	_____	_____	_____
21.	_____	_____	_____
22.	_____	_____	_____
23.	_____	_____	_____
24.	_____	_____	_____
25.	_____	_____	_____
26.	_____	_____	_____
27.	_____	_____	_____
28.	_____	_____	_____
29.	_____	_____	_____
30.	_____	_____	_____
31.	_____	_____	_____
32.	_____	_____	_____
33.	_____	_____	_____
34.	_____	_____	_____
35.	_____	_____	_____
36.	_____	_____	_____

** W celu zapewnienia ochrony danych osobowych Reprezentant Ubezpieczającego uzupełnia rubrykę PESEL po zebraniu podpisów osób składających oświadczenia.

data, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego